

同意書

当院では、保険外負担の料金について、その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。下記の内容について同意をいただいた上で署名・捺印をお願いいたします。

- 電話やテレビ画像等の送受信に係る費用
一回につき 550円
- 処方箋送料（切手代）
一回につき 84円～

私は、必要に応じて使用する上記のものについて、保険外負担をすることに同意します。

ご記入日：令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印
(続柄：)

<医療機関名 宇野医院本院>